

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
OSTÉOPÉRIOSTITES SUPPURÉES
D'ORIGINE GRIPPALE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

N° 4

DES

OSTÉOPÉRIOSTITES SUPPURÉES

D'ORIGINE GRIPPALE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 24 novembre 1894

PAR

Francis ISOARD

Né à Marseille, le 25 novembre 1869

PREMIER EXTERNE DES HÔPITAUX DE MARSEILLE (CONCOURS 1890)

INTERNE DES MÊMES HÔPITAUX (CONCOURS 1892)

ANCIEN INTERNE

DE LA MATERNITÉ ET DE LA CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS

AIDE D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE

(CONCOURS 1892)

ET LAURÉAT (CONCOURS 1893)

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN ET MONTANE

Ancien hôtel de la Faculté des Sciences

—
1894

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET. DOYEN
CARRIEU. ASSESSEUR

Professeurs

Médecine légale et toxicologie.	MM. JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (*).
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.	GRASSET.
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Id. LAPEYRE (Ch. du c.)	
Clinique obstétric. et gynécol.	GRYNFELTT.
Anatomie pathologique et histologie. . . .	KIENER (*).
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (*).
Anatomie.	PAULET (O. * *).
Id. GILIS (Ch. du c.)	
Clinique médicale.	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET.
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Opérations et appareils.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie.	VILLE.
Physiologie.	HÉDON.
Pathologie interne.	N...
Id. RAUZIER (Ch. du c.)	

Chargés de Cours complémentaires

Clinique annexe des maladies des enfants. MM.	BAUMEL, agrégé.
Accouchements.	GERBAUD, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	SARDA, agrégé.
Pathologie externe.	ESTOR, agrégé.
Histologie.	DUCAMP, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. SERRE	MM. SARDA	MM. RAUZIER
BAUMEL	ESTOR	LAPEYRE
GERBAUD	HÉDON	MOITESSIER
GILIS	LECERCLE	
BROUSSE	DUCAMP	

MM. H. GOT, *secrétaire*.
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire*.

Examineurs de la Thèse

MM. TÉDENAT, <i>président</i> .		MM. ESTOR, <i>agrégé</i> .
FORGUE, <i>professeur</i> .		DUCAMP, <i>agrégé</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE

DE MON PÈRE

Le Docteur ISOARD

DÉPUTÉ DES BASSES-ALPES

MAIRE DE MARSEILLE

PRÉSIDENT DU COMITÉ MÉDICAL ET DU CONSEIL D'HYGIÈNE DES BOUCHES-DU-RHÔNE

PROFESSEUR D'ANATOMIE A L'ÉCOLE DES BEAUX-ARTS

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Transit benefaciendo !

Il fut mon premier maître et mon guide au début de la vie.

Enlevé à notre affection au moment même où nous terminons nos études, il ne lui est pas donné de présider à l'achèvement de l'œuvre qu'il avait dirigée jusqu'ici avec tant de sollicitude et de soins.

Nous garderons le précieux souvenir de ses bons encouragements et de ses conseils éclairés ; nous n'oublierons jamais ses hautes qualités de cœur, ni sa loyauté de caractère, qui lui avaient partout valu de si nombreuses sympathies et tant de solides amitiés ; nous nous rappellerons enfin son affectueuse bienveillance et sa bonté ouverte à tous.

Nous suivrons la voie qu'il nous a tracée et nous nous efforcerons d'imiter un si bel exemple, trop heureux s'il nous était donné de mériter, à notre tour, ce titre d'homme de bien dont tous ceux qui l'ont approché saluent aujourd'hui sa mémoire ! C'est le plus grand honneur qu'on puisse recevoir de son semblable, et c'est le plus beau patrimoine qu'on puisse léguer à ses enfants.

FRANCIS ISOARD.

AVANT-PROPOS

Un devoir nous incombe au début de ce modeste travail : celui d'offrir à tous ceux de nos Maîtres auxquels nous sommes redevables de ce que nous savons, le tribut de nos remerciements et l'hommage de notre reconnaissance.

Mais, auparavant, qu'il me soit permis de présenter à M. le D^r Vaudey, chef de clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine de Marseille, l'expression de ma gratitude pour le concours dévoué qu'il m'a prêté dans l'élaboration de ce travail. Je le remercie sincèrement de tout ce qu'il a bien voulu faire pour moi.

M. le Professeur Villard, auprès duquel nous terminons notre internat dans les hôpitaux, a été pour nous non seulement le Maître éminent dont on se rappelle à jamais les savantes leçons et les judicieux conseils, mais encore un ami dont nous avons pu, tout récemment, et en de bien tristes circonstances, apprécier l'excellent cœur et connaître l'extrême bonté. Ce n'est pas avec des paroles qu'on peut té-

moigner sa reconnaissance pour de tels services rendus ; qu'il veuille bien croire qu'il me souvient....

Je garde aussi le souvenir de l'accueil bienveillant que me fit, au début de mes études médicales, M. le D^r Flavard, chirurgien en chef des hôpitaux. C'est dans son service et sous sa haute direction, que nous fîmes, en qualité d'externe, nos premières armes en chirurgie. Nous le prions d'agréer l'hommage de nos remerciements et le témoignage respectueux de notre vive gratitude.

A deux reprises différentes, nous avons sollicité l'honneur d'être élève de M. le Professeur Combalat : c'est dire l'intérêt que nous attachions à l'enseignement de ce Maître dont le talent et la science ont tant fait d'admirateurs. La bienveillance affectueuse qu'il nous a toujours témoignée, comme le dévouement dont il fit preuve, dans le cruel moment où nous eûmes besoin de ses conseils pour celui qui nous fut si cher, resteront pour jamais profondément gravés dans mon cœur. Je ne puis lui offrir, comme à M. le Professeur Villard, que le gage d'un éternel souvenir et l'assurance d'un entier dévouement.

Nous avons eu l'honneur d'être l'interne de MM. les D^{rs} Fioupe, médecin en chef, et Gamel, chirurgien en chef des hôpitaux. Qu'ils veuillent bien agréer ici l'hommage de nos remerciements les plus vifs, pour leurs précieuses leçons et pour la sollicitude presque paternelle dont ils n'ont cessé de nous entourer.

Nous remercions également MM. les D^{rs} Poucel et Mar-

correlles, chirurgiens en chef, Louge, Bidon et Pagliano, chirurgien et médecins-adjoints, du bienveillant accueil que nous avons rencontré auprès d'eux, au cours de notre séjour en qualité d'interne ou d'externe, dans leurs services.

MM. les Professeurs Queirel et Benet ont bien voulu nous honorer de leur confiance pendant notre internat d'obstétrique et de gynécologie. Nous ne saurions trop leur en témoigner notre sincère gratitude.

Nous ne devons pas oublier, non plus, tout ce dont nous sommes redevable à M. le D^r Livon, professeur de physiologie et directeur de l'Ecole de Médecine, et à M. le D^r Magon, professeur d'anatomie. Les longues heures d'étude passées dans leurs laboratoires, en qualité de préparateur, nous ont permis d'apprécier leur profonde science et leur exquise affabilité.

M. le D^r Pantaloni, ancien major des hôpitaux, et MM. les D^{rs} Jourdan et Boinet, professeurs à l'Ecole de Médecine, nous ont toujours témoigné le plus vif intérêt. Qu'ils veuillent bien croire à ma respectueuse sympathie et agréer l'hommage de ma reconnaissance.

Cet hommage de reconnaissance, je le dois aussi à des amis, MM. les D^{rs} Doulet, Jules Bourdillon, Georges Lachaux, Marcellin, mes aînés dans les hôpitaux, et sous la direction desquels j'ai fait le difficile apprentissage de la pratique hospitalière ; je le dois encore à mes contemporains d'internat : MM. les D^{rs} Sépet, Zuccarelli, prosecteur à l'Ecole, Lartail, Cassoute, chefs de clinique, Sesquès, dont les sympathies et le dévouement ne m'ont pas un seul instant fait défaut.

Quant au D^r Charles Prève, c'est mon meilleur ami. Les douloureuses circonstances dans lesquelles nous venons l'un et l'autre de nous trouver, nous ont permis de nous connaître et d'apprécier mieux encore jusqu'à quel point nous pouvons compter sur notre mutuelle amitié. Ma reconnaissance envers lui ne saurait avoir de bornes, puisqu'il n'en a imposé aucune à son dévouement pour les miens.

En terminant, j'adresse l'expression de ma vive sympathie au corps de l'Internat des hôpitaux de Marseille, auquel je suis si fier d'avoir appartenu, et je prie en particulier mes chers camarades de promotion, MM. Bouissou, Engelhardt, Joseph Fabre, Gouin et Heckel de me permettre de dire ici en quelle estime je les tiens et combien je les remercie des nombreuses marques de solide amitié qu'ils n'ont cessé de me témoigner durant les heureuses années de notre vie commune.

M. le Professeur Tédénat a bien voulu se souvenir qu'il avait été l'ami de mon père et m'a accueilli avec la plus affectueuse bonté. En acceptant la présidence de cette thèse il nous a fait un honneur des plus grands ; nous avons le devoir de lui en exprimer notre respectueuse reconnaissance.

INTRODUCTION

Au cours de notre externat et de notre internat dans les hôpitaux de Marseille, il nous a été donné d'observer de nombreux malades atteints de la grippe et présentant de cette infection générale les manifestations les plus diverses et les formes les plus variées. Ce qui nous a frappé surtout, c'est la fréquence des complications suppuratives que cette maladie entraîne. Comme la plupart des observateurs, nous avons pu noter, soit pendant la convalescence, soit en pleine période du mal, la suppuration des divers organes (oreille, poumon, plèvre, parotide, tissu cellulaire) pour lesquels l'infection grippale semble avoir une prédilection marquée. Nous avons également recueilli trois observations très probantes de suppuration osseuse, développée au cours de la grippe. Ces observations, des plus intéressantes, constitueront la base de notre modeste travail, et nous ferons de la localisation de l'infection grippale sur le périoste et les os, le sujet de notre thèse inaugurale.

Comme on pourra le voir dans l'un des chapitres suivants, la littérature médicale française et étrangère n'a pas accordé jusqu'à ce jour une place bien importante à l'étude de cette question. Cela tient peut-être à la pénurie de documents en laquelle on se trouve, ou encore à ce que les divers cas qu'on en possède ne paraissent pas devoir être considérés comme absolument démontrés ou probants.

Aussi, avons-nous pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de donner à cette question le développement qu'elle mérite. Nous ne prétendons pas faire une œuvre d'enseignement.

Nous nous contentons simplement d'apporter une faible contribution à l'étude d'une manifestation peu connue de la grippe, trop heureux si nos observations, jointes à celles déjà parues ou rapprochées de celles qui ne manqueront pas de se produire, pouvaient apporter leur contingent d'éléments à l'histoire des inflammations osseuses dont l'infection grippale paraît être la cause ou tout au moins le point de départ.

Depuis ces dernières années, et grâce aux souvenirs que nous ont laissés l'épidémie de 1889 et celle de 1890, d'importantes études et de nombreux travaux ont permis de revoir et de compléter le chapitre médical de la grippe. Le chapitre chirurgical de cette maladie a été lui aussi augmenté de faits relativement nombreux et qui ont permis de poser d'une façon nette et précise les règles de l'intervention et les conditions qui l'imposent. C'est ainsi que Verneuil (1) et Jeannel (de Toulouse) ont bien déterminé le cadre des affections chirurgicales que la grippe peut engendrer : l'inflammation conjunctivo-palpébrale, les otites, les pleurésies, les parotidites, les péritonites, les péricardites, les furoncles, les abcès isolés superficiels ou profonds. Chacune de ces manifestations spéciales de la grippe sur un des viscères ou des organes visés a son histoire à peu près complète et à laquelle on ne peut pas beaucoup ajouter. Seules, les manifestations suppuratives osseuses n'ont jusqu'à présent qu'une ébauche d'étude et ne sont que très imparfaitement connues.

Nos observations, rédigées avec le plus grand soin, ont été contrôlées par nos Maîtres. Trop peu nombreuses pour constituer à elles seules un fonds, un ensemble clinique assez compact et assez net et qui permette d'en tirer des règles absolues et des conclusions certaines, elles peuvent cepen-

(1) Verneuil. — De la grippe au point de vue chirurgical. — Académie de Médecine. 1890.

dant, rapprochées d'observations semblables, contribuer pour une part à la résolution de la question que nous nous sommes donnée.

Nous les exposerons donc tout d'abord, en les faisant suivre des réflexions que nous ont suggérées les particularités que chacune d'elles présente. Puis, après avoir, dans un court résumé, relevé tout ce qui a été dit sur les complications chirurgicales de la grippe et relaté les observations de suppuration des os, antérieures à celles que nous publions, nous donnerons l'exposé clinique de l'ostéo-périostite grippale ; nous essaierons de déterminer sa nature et d'expliquer sa pathogénie ; nous indiquerons son étiologie et nous analyserons ses symptômes. De ces diverses considérations nous tirerons les règles qui nous permettront d'établir son diagnostic, son pronostic et de formuler son traitement. Nous terminerons enfin par l'énumération des conclusions générales auxquelles nous permet d'arriver l'ensemble des faits que nous aurons eu l'honneur d'exposer.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
OSTÉOPÉRIOSTITES SUPPURÉES
D'ORIGINE GRIPPALE

DÉFINITION

Nous avons intitulé notre travail : « *Contribution à l'étude des ostéo-périostites suppurées d'origine grippale.* » Nous ne disons pas *post-grippale* ou *para-grippale*. Ces deux termes impliquent, en effet, l'idée de complication. Or, est-il bien démontré que les ostéo-périostites suppurées développées au cours ou au déclin de la grippe soient des complications de cette maladie ? La grippe, maladie générale, infectieuse, contagieuse, ne peut-elle se localiser sur les os comme elle se localise sur les divers organes et sur les différents viscères ?

On sait aujourd'hui, et les recherches expérimentales et bactériologiques sont là pour le prouver, que les lésions inflammatoires du squelette sont en tous points assimilables aux maladies des parties molles. Dans les deux cas, les processus pathologiques se développent de la même manière et

aboutissent au même résultat. La plupart des maladies des os, qu'il s'agisse d'affections aiguës ou de lésions chroniques, sont de nature microbienne; les divers micro-organismes qu'on y rencontre sont les mêmes dans les différents tissus: au milieu d'un poumon tuberculeux comme dans un foyer de carie, dans le pus d'une ostéomyélite infectieuse comme dans celui d'un anthrax. Le squelette ne doit donc pas être considéré comme un système à part au point de vue de ses altérations pathologiques.

Ceci posé, pourquoi ne pas admettre la possibilité de la localisation sur les os de l'infection grippale? Pourquoi la grippe, maladie générale, ne pourrait-elle pas, dans certains cas, se cantonner au périoste et à l'os? Pourquoi, enfin, refuser à la grippe ce que l'on accorde aux autres maladies infectieuses et parasitaires comme elles: la tuberculose, la syphilis, la fièvre typhoïde, la variole, la rougeole, la scarlatine et même la blennorrhagie?

Le mot *ostéopériostiste* que nous avons également employé ne présage rien sur l'élément mis en cause. La pathogénie de la grippe est encore des plus obscures et notre technique bactériologique actuelle n'a pas permis, à l'heure qu'il est, de déterminer la nature de l'agent pathogène grippal. L'ostéopériostiste grippale est-elle due à un microbe unique encore inconnu? Est-elle la conséquence du développement d'un microbe de la suppuration qui, trouvant un terrain préparé par l'infection générale, peut produire une infection secondaire en un point précis et localisé? Il ne nous est pas possible pour le moment de conclure dans un sens ou dans l'autre, et nous verrons plus loin, au chapitre de la Pathogénie, les diverses hypothèses que ce problème peut soulever.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATIONS PERSONNELLES INÉDITES

- I. — Grippe ; Broncho-pneumonie ; Ostéo-périostite suppurée de l'extrémité antérieure des deux premières côtes et de la partie correspondante du sternum ; Ouverture de la poche pyohémique dans les bronches ; Vomique staphylococcique.
Opération : Incision de l'abcès ; Râclage et curettage de la poche ; Résection osseuse ; Guérison.
- II. — Convalescence de grippe ; Ostéo-périostite suppurée de l'extrémité antérieure de deux côtes ; Opération ; Guérison.
- III. — Grippe ; Ostéo-périostite suppurée de l'épine de l'omoplate envahissant ensuite et à grand fracas la totalité du scapulum ; Première intervention incomplète ; Amélioration ; Deuxième intervention ; Résection totale de l'os ; Guérison.

Observation Première

(PERSONNELLE, INÉDITE)

Grippe ; Broncho-pneumonie ; Ostéopériostite suppurée de l'extrémité antérieure des deux premières côtes et de la partie correspondante du sternum ; Ouverture de la poche pyohémique dans les bronches ; Vomique staphylococcique.

Opération . Incision de l'abcès ; Râclage et curettage de la poche ; Résection osseuse ; Guérison.

Un homme de 50 ans, Ob..., d'origine italienne, exerçant à Marseille la profession de marchand ambulant, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Ducros, le 8 janvier 1894.

Le début de sa maladie remonte à trois semaines environ : courbature généralisée, fièvre intense, céphalalgie, laryngite et catarrhe oculo-nasal, ont été les premiers symptômes ; puis la bronchite s'est nettement dessinée, s'accompagnant de dyspnée légère et d'une toux quinteuse, spasmodique, sans bien grande expectoration. Ces phénomènes aigus se sont progressivement amendés sous l'influence du repos : la toux seule persiste, toujours pénible et amenant des crachats mucopurulents, jaunâtres, sans aucune trace de sang.

A l'examen le visage est amaigri, le teint blafard, terreux, la peau sèche.

La respiration est fréquente (30 par minute) ; la toux sèche et l'expectoration peu abondante.

L'inspection du thorax permet de déceler la présence d'une tumeur qui occupe l'angle supéro-interne de la région pectorale droite, immédiatement au-dessous de la clavicule. Rénitente au toucher, mate à la percussion, cette tumeur donne aux doigts qui l'explorent la sensation très nette d'une fluctuation profonde. En un point que l'on peut localiser dans le premier espace

intercostal et à deux travers de doigt en dehors de l'extrémité antérieure de cet espace, la peau se laisse déprimer et permet d'atteindre un plan nettement résistant. L'extrémité interne de la clavicule droite est considérablement augmentée de volume en même temps que la portion du sternum qui contribue à former l'articulation sterno-claviculaire droite. Cette tumeur est indolente et la peau qui la recouvre n'est ni chaude ni colorée.

La percussion du thorax ne révèle rien d'anormal à gauche aussi bien en avant qu'en arrière. A droite, légère submatité au niveau de la fosse sus-épineuse. Matité complète au niveau de la tumeur précitée.

La palpation permet de constater une diminution notable des vibrations thoraciques dans ces deux dernières régions.

L'auscultation révèle dans toute l'étendue des deux poumons l'existence de nombreux râles secs ou sous-crépitants disséminés ; toutefois, de gros râles humides prédominent au niveau de la région scapulaire droite en même temps que la respiration revêt presque le timbre amphorique et que la toux et la voix ont en ce point une résonnance exagérée. Au niveau de la tumeur, absence complète de murmure vésiculaire.

Appareil digestif en mauvais état : langue saburrale, étalée ; anorexie ; pas de vomissements mais tympanisme léger et constipation opiniâtre.

Cœur normal. Pouls régulier mais faible.

Urines rares, colorées.

Rien du côté du système nerveux.

Rien non plus dans les antécédents soit personnels, soit héréditaires.

Température axillaire, 38°,2.

Le 9 janvier, légère rémission matinale (37°,4) ; expectoration plus abondante ; crachats toujours muco-purulents et sans traces de sang ; mêmes phénomènes stéthoscopiques.

Le 10, expectoration très abondante ; crachats nettement

purulents. Les râles humides ont en partie disparu à gauche ; ils sont augmentés au niveau de la fosse sus-épineuse droite, où le souffle amphorique est également plus intense. Température : 39°.

Le 11. — Dans les 24 heures le malade a rempli plusieurs fois son crachoir d'un véritable pus jaunâtre strié de sang et présentant tous les caractères du pus phlegmoneux. La tumeur est légèrement affaissée ; sa palpation donne naissance à un gargouillement très manifeste, qui peut encore se percevoir par l'auscultation. Dans la fosse sus-épineuse droite les phénomènes stéthoscopiques demeurent les mêmes. La température dépasse 39°.

Les 12, 13, 14 et 15, l'expectoration est toujours abondante, constituée par un mélange de sang et de pus crémeux. La température, qui a progressivement baissé, est normale.

Dans les jours qui suivent et jusqu'au 19 janvier, des oscillations thermiques se manifestent, coïncidant avec la formation et le rejet d'une quantité plus grande de pus. Les phénomènes stéthoscopiques s'amendent.

Le 22 janvier, l'auscultation négative à gauche ne révèle presque plus rien dans les fosses sus et sous-épineuses droites. L'expectoration est moins abondante et les crachats sont sans trace de sang. La fièvre est cependant plus vive, et, malgré les rémissions matinales, la température du soir a une tendance à l'exacerbation progressive. Les caractères de la tumeur n'ont pas sensiblement changé.

Opération. — Le 23 janvier, opération pratiquée par M. le professeur Villeneuve :

Incision cruciale allant du milieu du manubrium sternal au creux sous-claviculaire droit transversalement (12 à 15 cent. d'étendue), de la courbure antéro-interne de la clavicule à 7 cent. au-dessous, dans le sens vertical.

Issue d'un pus excessivement fétide, mal lié, spumeux, laissant passer de nombreuses bulles d'air à chaque expiration.

Le doigt, introduit dans la cavité, reconnaît la dénudation de l'extrémité sternale de la première côte sur une longueur de 2 cent., la dénudation de l'extrémité sternale de la deuxième côte sur une longueur de 4 cent.; de plus, le cartilage chondro-sternal de cette dernière est entièrement séparé de la portion osseuse de la côte; enfin, toute la portion correspondante du sternum est dénudée, elle aussi.

Résection de toutes ces portions d'os (les côtes avec le costotome, le sternum avec la gouge).

Le doigt peut alors pénétrer profondément en arrière du sternum, dans une cavité à parois unies qui, n'est autre que le médiastin antérieur.

Impossible de trouver avec le doigt l'orifice de communication avec les bronches.

Nettoyage et râclage; tamponnement à la gaze; suture de la peau.

Amélioration dès le deuxième jour: plus rien à l'auscultation; expectoration presque nulle. Température normale.

Pansements retardés. Réunion parfaite.

L'appétit revient; le malade reprend des forces et sort complètement guéri le 27 février.

Examen bactériologique. — Les crachats, examinés extemporanément sur lamelle, ont donné du staphylocoque blanc et du staphylocoque doré. En culture sur bouillon peptonisé et sur agar, développement abondant de staphylocoques.

L'examen du pus de l'abcès lui-même donne les mêmes résultats.

¶ Dans aucun des deux cas on n'a révélé la présence du bacille de Koch et du streptocoque.

Marché de la Température de l'Observation première

	MATIN	SOIR
Janvier 8	(entrée à l'hôpital)	38°2
9	37°4	38,2
10	37,8	39
11	37,4	39,2
12	38,2	38
13	38,2	37,6
14	36,9	38
15	37	38,8
16	38	38,8
17	37,2	38,4
18	37,2	38,2
19	37	39
20	37,8	38,9
21	37,9	39
22	38	39,2 (opération)
23	38	37,6
24	37,2	37,8
25	36,7	37,5
26	36,9	37,4

Jours suivants, température normale.

Exéat un mois après.

Cette observation présente un réel intérêt, et cela à plusieurs titres : Voilà donc un homme qui fait une grippe classique d'abord. Puis deux jours après son entrée à l'hôpital, dix-sept jours depuis le début de la maladie, les crachats d'abord normaux, c'est-à-dire ayant les caractères des crachats de la broncho-pneumonie grippale deviennent nettement purulents ; le dix et le onze janvier, survient une véritable vòmique ; les bronches déversent par vingt-quatre heures plusieurs crachoirs de pus, et au fur à mesure qu'est expectoré ce pus phlegmoneux

et bien lié, la tumeur s'affaisse sur elle-même comme si elle se vidait dans les bronches.

Les jours suivants, du 11 au 15, les mêmes phénomènes se produisent : le pus, mélangé de sang, est abondamment vomé ; en même temps, l'état général s'améliore, la température baisse et la fièvre disparaît.

Le 19 janvier, la température s'élève, la fièvre s'allume. Cette aggravation des symptômes coïncide avec une diminution notable de l'émission des crachats purulents, diminution due, sans doute, à l'obstruction de la communication de la poche pyohémique avec les bronches. En même temps, les phénomènes broncho-pulmonaires disparaissent presque totalement ; la fièvre seule persiste et paraît devoir être causée par la rétention purulente. On se décide alors, et le 22 janvier a lieu l'intervention armée, intervention large et suivie de résections généreuses. Le nettoyage de la cavité purulente est soigneusement fait, toutes les parties atteintes râclées à la curette et les os enlevés au costotome et au maillet ; la plaie est ensuite bourrée de gaze, la peau suturée et, sous le pansement antiseptique, la cicatrisation se fait rapide et parfaite, entraînant une guérison pour ainsi dire immédiate.

Cette première observation nous paraît être des plus probantes.

Nous examinerons plus loin les particularités qu'elle offre, et les réflexions diverses qu'elle peut suggérer.

Qu'il nous suffise pour le moment de bien spécifier ici :

1° Que le malade était sous l'influence d'une attaque de grippe des plus intenses et des mieux caractérisées ;

2° Que le pus rejeté par les bronches, et le pus recueilli dans l'abcès, présentaient les mêmes caractères physiques, et contenaient l'un comme l'autre, d'abondants staphylocoques blancs et dorés ;

3° Que l'intervention chirurgicale a suffi pour amener rapidement une guérison parfaite ;

4° Que la grippe n'a en rien modifié le résultat final de l'intervention et nullement aggravé le pronostic du traumatisme opératoire.

Observation II

(PERSONNELLE, INÉDITE)

Convalescence de grippe ; ostéopériostite suppurée de l'extrémité antérieure de deux côtes. — Opération. — Guérison

Barth... Bona, journalier, 57 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 30 janvier 1894, salle Moulaud, service de M. le professeur Villeneuve.

Il est porteur, au niveau des 4° et 5° côtes, sur le bord inférieur du grand pectoral gauche, d'une tumeur de la grosseur d'une mandarine, mobile sous la peau, mais adhérente aux parties profondes. Pas de rougeur ni de chaleur appréciables.

Indolence presque complète à la pression. Aucun symptôme aigu. Température normale.

Cette tumeur est apparue au décours d'une atteinte sérieuse de grippe, dont le début remonte à environ un mois.

Le malade s'était toujours bien porté jusqu'à ce moment. On ne relève rien ni dans ses antécédents héréditaires, ni dans ses antécédents personnels ; il n'a pas eu de manifestations strumeuses dans son jeune âge ; pas de syphilis, pas d'alcoolisme.

Vers l'époque de la Noël de 1893, il a été pris de céphalalgie intense et de douleurs lombaires, qui l'ont forcé à s'aliter. En même temps, il avait mal à la gorge, du coryza, des phénomènes de bronchite, et la fièvre se déclarait. Puis la défervescence s'est faite et le malade s'est remis peu à peu, conservant

cependant de l'anhélation pendant la marche, des douleurs sourdes dans les inspirations forcées, en même temps qu'une diminution considérable des forces et un amaigrissement notable.

C'est à ce moment qu'a débuté la légère tuméfaction, origine de la tumeur actuelle, dont l'évolution s'est faite lentement, progressivement, sans douleur ni phénomènes fébriles.

La percussion du thorax, non plus que l'auscultation des appareils respiratoire et circulatoire, ne révèlent rien d'anormal.

Le malade a peu d'appétit ; les digestions sont difficiles et la constipation opiniâtre.

Rien à signaler comme symptômes de l'appareil nerveux.

Opération. — Pratiquée, le 3 février, par le professeur Villeneuve.

Incision de la poche à la partie déclive.

Issue d'un pus louable phlegmoneux, représentant, en volume, environ la valeur d'un verre ordinaire.

Les 4^e et 5^e côtes sont complètement dénudées sur une longueur de trois centimètres environ.

Râclage à la gouge.

Tamponnement à la gaze iodoformée. Suture. Drainage.

Pansements retardés.

Amélioration rapide. Cicatrisation parfaite.

Le malade sort, sur sa demande, le 25 février 1894. Il est complètement guéri.

Examen bactériologique. — Les crachats, examinés par la méthode d'Erlich, n'ont pas révélé la présence du bacille de la tuberculose.

Le pus, recueilli méthodiquement au moment de l'incision de l'abcès, a été examiné sur lamelles, puis ensemencé sur divers milieux, agar, gélatine, bouillon. Il a donné des cultures

pures et abondantes de staphylococcus pyogenes aureus et albus.

Marche de la température de l'Observation II

	MATIN	SOIR
Janvier, 30 (entré à l'hôpital)		38°
31	37°6	37°9
Février, 1	37,5	37,8
2	37,6	37,4 (Opération)
3	37,2	37,4
4	37,7	37
5	37,1	37,3
6	37	37,9
7	37	38 (1er pansement)
8	37,4	38,3
9	37,4	37,4
10	37	37,2

La température est désormais normale, et le malade sort le 28 février.

Ici, l'attaque de grippe s'était déjà produite, et avait même en partie disparu quand s'est montrée la tumeur costale.

L'abcès a évolué lentement, insidieusement, sans aucune douleur et sans phénomènes notables ; on pourrait presque dire à la façon d'un véritable abcès froid costal.

Enfin, comme dans le cas précédent, l'intervention a eu, ici encore, un résultat des plus heureux.

Notons les conclusions qu'on peut tirer de l'étude de cette observation :

1° Le malade avait eu la grippe avant le début de l'apparition de l'abcès ;

2° Le pus recueilli à l'incision de la poche, et examiné au point de vue bactériologique, n'a donné que du staphylocoque blanc et du staphylocoque doré ;

3° L'intervention chirurgicale, large et généreuse, a amené la guérison ;

4° Cette intervention n'a été suivie d'aucun phénomène inflammatoire susceptible d'aggraver l'état général du sujet.

Les deux observations qui précèdent ont trait à deux cas de localisation costale de l'ostéopériostite grippale.

Nous devons les rapprocher des faits d'ostéomyélite costale vulgaire, bien étudiés dans ces derniers temps, et dont Braquehaye vient tout récemment de faire l'histoire générale (1). L'ostéomyélite costale siège au niveau des points diaphysaires des os, contigus à leurs cartilages de conjugaison. L'infection grippale peut naître au niveau de ces points ; mais elle peut envahir aussi un point quelconque de la côte. La fréquence de l'ostéomyélite costale est assez grande. Il n'en est pas de même pour les ostéo-périostites grippales, qui se montrent très rarement. Les symptômes sont toujours alarmants dans l'ostéomyélite ordinaire, et l'étiologie est toute spéciale, l'ostéomyélite vulgaire frappant toujours les adolescents. La grippe offre à tout âge ses complications osseuses. D'ailleurs, comme

(1) Lannelongue. — De l'ostéomyélite aiguë pendant la croissance, 1879.

Jaboulay. — Thèse de Lyon. 1885.

Bertoye. — Lyon médical. 1886.

Barillet. — Thèse de Montpellier. 1891.

Berthomier. — Congrès français de chirurgie. 1891.

Haslé. — Thèse de Paris. 1892.

Marfan. — Revue générale de cliniq. et de thérapeutique. 1894.

Souligoux. — Thèse de Paris. 1894.

Gangolphe. — Paris, 1894. Maladies infectieuses et parasitaires des os.

Braquehaye. — La Presse médicale. 1894.

nous le verrons dans le cours de notre travail, ces deux variétés d'ostéomyélite costale diffèrent par l'ensemble de leurs symptômes cliniques respectifs, symptômes que nous aurons soin de fixer et de bien faire connaître.

Observation III

(PERSONNELLE, INÉDITE)

Grippe ; Ostéo-périostite suppurée de l'épine de l'omoplate envahissant ensuite et à grand fracas la totalité du scapulum. Première intervention incomplète ; Amélioration. Deuxième intervention ; résection totale de l'os. — Guérison.

Un garçon de cuisine, âgé de 18 ans, Edouard M..., entre à l'Hôtel-Dieu le 19 décembre 1893, salle Moulaud, service de M. le professeur Villeneuve.

Blond, d'un tempérament lymphatique, ce garçon n'a pas joui dans son enfance d'une excellente santé. On ne relève cependant contre lui aucun antécédent tuberculeux ou syphilitique et ses parents se portent bien.

Au commencement de novembre dernier, il eut une forte attaque de grippe (fièvre intense, céphalalgie, douleurs généralisées, laryngite, catarrhe oculo-nasal) améliorée au bout de cinq jours. Puis, tout d'un coup et au moment même où la convalescence semblait devoir se montrer, apparition brusque de phénomènes typhiques : frissons violents, céphalalgie intense, vomissements, prostration considérable. Température 40°.

(Ces renseignements nous ont été donnés par le médecin traitant du jeune Edouard M...)

Au milieu de cet état ataxo-adynamique apparaissent bientôt des douleurs péri-articulaires qui, d'abord généralisées aux quatre membres, se localisent définitivement à la partie posté-

rière de l'épaule gauche, s'irradiant vers l'aisselle et jusqu'à la partie moyenne de la région latérale du thorax.

Huit jours après le début de cette rechute, les phénomènes généraux s'amendaient, en même temps que la région siège de la douleur se tuméfiait, rougissait, présentant tous les caractères du phlegmon qui va s'abcéder.

Enfin la peau s'ulcérerait et le pus s'écoulerait au dehors, amenant la disparition complète des phénomènes généraux et locaux.

Depuis, la suppuration ne tarit pas, et c'est en vue d'une intervention chirurgicale que le malade est envoyé à l'hôpital.

La région sus-épineuse gauche est empâtée, tuméfiée; elle porte au niveau de sa partie inférieure deux fistules juxtaposées qui servent de conduits à l'écoulement purulent. Le bras correspondant est impotent; les mouvements passifs de l'épaule, très douloureux, déterminent des craquements; les mouvements actifs sont nuls; le membre est atrophié, avec contractions musculaires péri-articulaires.

Le pus qui s'écoule est horriblement fétide; le stylet, introduit dans l'une des deux fistules, permet d'arriver sur une surface osseuse complètement dénudée, qui est vraisemblablement l'épine de l'omoplate.

L'état général est relativement bon.

La percussion et l'auscultation des poumons et du cœur ne révèlent rien d'anormal dans le fonctionnement de ces organes.

Opérations. — Première intervention le 22 décembre 1893 :

Incision transversale au niveau du bord postérieur de l'épine de l'omoplate.

Extraction par moitié de la totalité de l'épine avec toute l'épaisseur de la lame d'omoplate adhérente à sa base d'implantation.

Râclage des deux moitiés restantes d'omoplate.

Tamponnement à la gaze.

Suture. — Drainage.

Pansement antiseptique et absorbant.

Dix jours après :

Elévation de la température vespérale, d'où :

Seconde intervention (le 5 janvier 1894).

Incision en T.

Extraction des deux moitiés restantes de l'omoplate.

Grattage de la tête humérale dénudée.

Contre-ouverture dans l'aisselle.

Tamponnement antiseptique. — Suture. — Drainage.

Pansement absorbant.

Amélioration rapide. — Pansements rares.

Exéat le 15 avril 1894.

L'omoplate s'est reformée en partie. — Le bras possède quelques mouvements.

Examen bactériologique. — Le pus recueilli et les fongosités provenant du râclage de l'os ont donné, par culture sur bouillon et gélatine, un abondant développement de staphylocoques pyogenes aureus.

Pas de bacilles de Koch. — Pas de streptocoques.

Marche de la Température de l'Observation III

		MATIN	SOIR
Décembre	19 . . .	(entrée à l'hôpital)	37°4
	20 . . .	37°	37,2
	21 . . .	36,8	38
	22 . . .	37	37,8 (1 ^{re} intervention)
	23 . . .	37,1	38,4
	24 . . .	36,9	38,1 (pansement)
	25 . . .	37	37,6
	26 . . .	37,1	38,2
	27 . . .	36,9	37,6
	28 . . .	36,8	37,4
	29 . . .	37,2	37,9
	30 . . .	37,1	37,8
	31 . . .	37	37,8
Janvier	1 . . .	37,1	37,7
	2 . . .	36,9	38,2
	3 . . .	37,1	37,4
	4 . . .	37	37,6
	5 . . .	36,8	37,4 (2 ^{me} intervention)
	6 . . .	37	37,1

Du 7 au 15 avril, jour de sa sortie, la température est demeurée normale.

Cette troisième observation est remarquable par l'évolution à grand fracas de la lésion qui en fait l'objet.

C'est au moment de la convalescence, et quand la grippe semble avoir complètement et définitivement disparu, qu'apparaissent d'autres symptômes des plus aigus et des plus graves : l'irrégularité de la courbe thermométrique, la violence des frissons, la prostration, tout indique la fièvre septique, la septico-pyohémie. Puis, quelques jours après, ces phénomènes disparaissent, et c'est alors que se montre dans la région sca-

pulaire cette tuméfaction, ce phlegmon qui devait bientôt s'abcéder. Cette tumeur dure, allongée dans le sens transversal, indolore même au toucher, siège au niveau de la fosse sus-épineuse ; elle augmente peu à peu de volume, devient nettement fluctuante ; la peau qui la recouvre s'amineit, rougit et s'ulcère en un point qui devient l'orifice d'une fistule par laquelle s'écoule le pus.

On n'intervient pas ; la fistule devient intarissable et le mal, gagnant de proche en proche, menace d'envahir l'articulation de l'épaule elle-même. Le membre correspondant s'atrophie et devient impotent.

Malgré ces nouveaux désordres, l'état général se maintient bon.

A ce moment a lieu la première intervention. Trop parcimonieuse, elle est de beaucoup insuffisante ; et ce n'est qu'après une deuxième intervention, celle-ci large et généreuse, qu'on peut se rendre maître du mal et assurer la guérison.

De cette observation il ressort :

1° Que le sujet était en convalescence de grippe quand l'ostéopériostite a débuté ;

2° Que le pus de la lésion ne contenait que du staphylocoque ;

3° Qu'une première intervention, trop timide, n'a pas donné de résultats et qu'il a été nécessaire d'en pratiquer une deuxième, celle-là beaucoup plus importante, pour amener la guérison définitive et complète ;

4° Que ces deux interventions successives n'ont pas eu de conséquences fâcheuses dans l'évolution de la maladie.

Telles sont les observations que nous avons pu recueillir.

Elles montrent d'une façon nette que l'ostéopériostite gripale peut se développer, soit au cours, soit au décours de la maladie et qu'elle peut, dans ce dernier cas, revêtir deux

principales formes : une forme insidieuse et calme, simulant l'abcès froid, et une forme grave, inquiétante, pouvant faire soupçonner la rechute ou l'infection généralisée.

Nous reprendrons en détail, dans l'un des chapitres suivants, l'étude clinique des observations dont nous venons de donner l'exposé.

CHAPITRE DEUXIÈME

HISTORIQUE DES LOCALISATIONS SUPPURATIVES DE LA GRIPPE

OBSERVATIONS DU PROFESSEUR RICHET, DU D^r JARRE

ET DE WITZEL

HISTORIQUE

Les descriptions que de Thou et Zucatus Lusitanus ont laissées des premières épidémies de grippe de 1510 et 1537, ne font aucune mention des accidents pyohémiques auxquels cette maladie donne lieu (1).

Il nous faut arriver au récit que Salius et Déversius nous font de l'épidémie de 1580 pour voir signalé le caractère infectieux que peut revêtir la grippe : les ophtalmies et les otites avec écoulement purulent, sont les premières localisations que les auteurs aient observées (2).

En 1676, Sydenham, relatant l'épidémie de Londres, cite les gonflements articulaires comme complication de l'influenza (3); et Loew (1722), de Jussieu (1733), Huxham (1737), signalent, au nombre des symptômes généraux de la grippe : les douleurs aiguës dans le méat auditif et l'abcès qui généralement en est la conséquence (4).

En 1769, Lepecq de la Clotûre observe dans la Basse-Normandie une épidémie, pendant laquelle presque tous les malades se plaignaient d'une douleur vive et lancinante dans les oreilles, avec fluxion et abcès (5).

Backer et Heberden (6), dans leur relation des épidémies de

(1) Ozanam. — Histoire des maladies épidémiques. 1836.

(2) Bockélius. — Synopsis novi morbi quem plerique catarrhum febrilem, vel febrem catarrhosam vocant. 1580.

(3) Ozanam, loc. cit.

(4) — — —

(5) — — —

(6) — — —

1775 et 1779; signalent un grand nombre de parotidites suppurées. « Les malades avaient des douleurs de tête très aiguës, accompagnées de larmolement et de douleurs d'oreilles violentes, qui ne disparaissaient que par l'excrétion d'une sérosité abondante et extrêmement fétide par les oreilles, et d'un mucus très épais par les narines. »

L'épidémie de 1837 devait surtout servir à fixer les caractères de la forme pulmonaire de l'influenza : Graves (1) nous parle de suppuration du poumon et Bonnemaison (2), d'un cas d'infection purulente survenu au déclin d'une pneumonie grippale ; mais ils ne paraissent pas attacher à leurs observations toute l'importance qu'on était en droit d'en attendre.

A M. Richet, en 1879, revient l'honneur d'avoir le premier signalé une des complications suppuratives des plus curieuses et des plus rares de l'influenza : un cas de suppuration diffuse sous-périostique de l'extrémité inférieure du fémur.

Observation du professeur Richet

(RÉSUMÉ)

Broncho-pneumonie grippale. — Ostéopériostite du tiers inférieur du fémur. —
Opération. — Complications pulmonaires. — Mort.

Une femme de trente ans, prise, à la fin de décembre 1879, d'une bronchite généralisée, était depuis six ou sept jours dans son lit, lorsqu'elle éprouva tout à coup une douleur des plus violentes dans la cuisse, accompagnée bientôt d'un gonflement considérable du membre.

Entrée douze jours après à l'hôpital, on constate chez elle un gonflement sans rougeur, occupant le tiers inférieur de la

(1) Archives générales de médecine. 1837.

(2) Bonnemaison. — Complications pulmonaires de la grippe. 1840.

cuisse gauche, jusqu'au cul-de-sac de la synoviale du genou, avec fluctuation au-dessous du triceps et un léger épanchement dans l'articulation, signes d'une de ces périostites diffuses, telles qu'on en voit se produire parfois dans le cours de fièvres graves, fièvre typhoïde ou fièvres éruptives, variole, scarlatine, et survenue ici sous l'influence de la grippe.

Tel fut du moins le diagnostic de M. Richet. Ce diagnostic fut vérifié par l'incision pratiquée à l'aide du thermocautère, qui donna issue à du pus collecté entre une grande surface du périoste décollé et le fémur. Cinq jours après l'opération, la malade allait bien du côté de la plaie, lorsqu'il se déclara de nouveaux accidents graves du côté des organes thoraciques : toux avec expectoration abondante, mousseuse et visqueuse, puis, environ trois semaines plus tard, un érysipèle gangréneux, qui enleva la malade.

L'autopsie permit de constater l'existence d'une rougeur très vive de la muqueuse, de la trachée et des bronches, seule trace de la bronchite grippale qui avait constitué chez cette femme la maladie principale, et une dénudation du fémur au niveau de l'abcès, avec épaissement du périoste décollé dans tout le tiers inférieur de l'os.

Depuis, nombre d'auteurs ont signalé les complications suppuratives de l'influenza.

En 1886, M. Ménétrier (1), dans un travail qui fait l'objet de sa thèse inaugurale, et Lancereaux (2), montrent la fréquence des abcès se développant dans le poumon au cours de l'infection grippale ; Albespy (3), en 1890, réunissant les

(1) Ménétrier. Grippe et Pneumonie. Th., Paris, 1886.

(2) Lancereaux. Archives générales de médecine, 1887.

(3) Albespy. Complications auriculaires de la grippe (Th. Paris, 1890).

diverses observations publiées par Gruber et Politzer à la Société de médecine de Vienne, et par Moure, de Bordeaux, et Ménière, de Paris, à la Société française d'otologie, cite de nombreux cas d'otite purulente ayant eu la grippe pour origine ; Landolk (1), à la même époque, fait l'énumération des diverses inflammations oculaires qui peuvent se montrer au cours de l'infection grippale ; Jaccoud (2) signale un cas d'infection purulente, développé chez un grippé, au cours de sa convalescence ; Benett (3), en Angleterre, Dupin (4) et Vignalou (5), en France, citent la péritonite, la péricardite et la pleurésie, comme complications possibles de l'influenza. Lehman (6), dans une revue générale des manifestations septicémiques et pyohémiques de cette maladie, met dans leur nombre les furoncles, les arthrites purulentes et les abcès ; Troisier (7) communique à la Société médicale des hôpitaux une observation de phlébite consécutive à la grippe ; Roland (8), de Besançon, signale la fréquence des parotidites suppurées, comme complications de l'infection grippale ; Leclerc, de St-Lô, cite un cas d'ostéomyélite du maxillaire survenu à la suite d'une atteinte d'influenza ; Verneuil (9), dans une communication à l'Académie de médecine, énumère les manifesta-

(1) Landolk. Communication à la Société de médecine de Vienne, 1890.

(2) Clinique médicale.

(3) Benett. Courtes notes sur quelques cas de pyohémie grippale. *Lancet anglaise*, 1890.

(4) Dupin. Complications de la grippe. Th. Bordeaux, 1890.

(5) Vignalou. Pleurésie grippale. Th. Paris, 1890.

(6) Lehman. Manifestations septicémiques et pyohémiques de la grippe. Th. Paris, 1890.

(7) Janvier 1892.

(8) Congrès pour l'avancement des sciences, 1893. (Besançon.)

(9) Verneuil. Loc. cit.

tions chirurgicales diverses de la grippe, donne leur traitement et en indique la pathogénie ; enfin, Lugan (1), Redureau (2) et Vidal (3), dans un travail d'ensemble sur l'infection grippale et ses complications, montrent bien sa tendance pyogénique et affirment son influence dans l'étiologie des diverses suppurations.

Tout récemment, Jarre (4), traitant des complications suppuratives de la grippe, cite un cas d'ostéopériostite de la partie supérieure du fémur. L'observation qu'il publie est trop importante, pour que nous n'en donnions pas un court résumé :

Observation de Jarre

(RÉSUMÉE)

Grippe ; Broncho-pneumonie ; Suppuration de la partie postérieure de la cuisse gauche avec périostite de la partie supérieure du fémur. — Opération. — Guérison.

Le nommé Ernest M..., 31 ans, voiturier, entre le 3 janvier 1890, salle Grisolle, lit n° 31, dans le service de Duguet, à Lariboisière, pour une broncho-pneumonie grippale.

Pas d'antécédents héréditaires. Lui-même a été toujours bien portant jusque quelque temps avant la Noël. A ce moment, il fut pris un matin, vers les 10 heures, après avoir déchargé une voiture et bu un verre de vin, de frissons et d'éblouissements. Deux ou trois jours après, il eut un point de côté à droite, bientôt suivi de toux et d'une expectoration abondante. Soigné

(1) Lugan. Contribution à l'étude de la grippe. Th. de Paris, 1890.

(2) Redureau. Complications de la grippe. Th. de Paris, 1890.

(3) Vidal. De l'infection grippale. Th. de Paris, 1889.

(4) Jarre. De quelques complications suppuratives de la grippe, Th. Paris, 1890.

chez lui jusqu'au 3 janvier, il est admis à cette époque dans le service de Duguet, qui constate à droite tous les signes d'une broncho-pneumonie grippale.

Or, dans le décours de sa pneumonie, il fut pris petit à petit d'une légère douleur dans la partie postérieure et supérieure de la cuisse gauche, douleur qu'il ne ressentait qu'au moment de la marche. La température, normale depuis 10 jours, remonta vers le 16 janvier et à partir du 20 du même mois, le malade dut de nouveau garder le lit. M. Duguet s'assura alors qu'il ne s'agissait pas d'une sciatique, mais bien d'une périostite de la partie postérieure du fémur, surtout accusée au niveau du grand trochanter, et fit passer le malade, pour être opéré, dans le service de Berger. Berger, qui opéra le 31 janvier, trouva, en effet, une suppuration profonde de la partie postérieure de la cuisse gauche, s'étendant du grand trochanter jusqu'au creux poplité, mais ne paraissant pas avoir trop endommagé le fémur. Actuellement, 10 février, le malade suppure encore un peu ; mais l'état général est bon, la fièvre est tombée, l'appétit revenu.

L'observation de Richet et celle de Jarre, sont les seules que nous ayons pu réunir antérieurement à celles que nous donnons.

Gangolphe, dans son beau livre (*Maladies infectieuses et parasitaires des os*, 1894), signale lui aussi le manque absolu — ou à peu près — de documents sérieux. « Dans l'intéressant travail consacré à la grippe-influenza, dit-il, par M. le professeur Tissier, nous n'avons pas trouvé de relation de complications osseuses. Ces dernières sont certainement rares. Witzel relate cependant plusieurs cas de périostite du tibia, du fémur, marquée par l'augmentation du volume de l'extrémité osseuse. Dans un cas il y eut un abcès qui fut ouvert au bout de quatre semaines et qui renfermait des streptoco-

ques à l'état pur. Le fémur, dénudé en un point, ne se nécrosa pas ; la guérison fut rapide.

Voici le titre de l'ouvrage de Witzel : *Die Gelenk und Knochenentzünd, bei acut. infect. Erkrank.* Bonn. 1890, ouvrage qu'il ne nous a pas été possible, et à notre grand regret, de nous procurer.

L'observation de Richet, celle de Jarre et les trois observations originales et personnelles qui font le sujet de notre thèse, tel est donc actuellement le bilan des suppurations osseuses grippales. Il est tel, en raison du petit nombre de cas, qu'on ne peut cliniquement rien avancer de précis ; mais des observations nouvelles s'ajouteront à celles-ci, et bientôt l'histoire des ostéopériostites grippales pourra prendre dans la pathologie la place qu'elle y doit occuper.

CHAPITRE TROISIEME

BACTÉRIOLOGIE ET PATHOGÉNIE GÉNÉRALES DE LA GRIPPE

BACTÉRIOLOGIE ET PATHOGÉNIE GÉNÉRALES DE LA GRIPPE

Avant de donner l'esquisse clinique de la lésion qui fait l'objet de notre Thèse inaugurale, il nous a paru intéressant et utile à la fois de résumer en quelques mots les découvertes qui ont été faites sur la bactériologie de la grippe, de même que les diverses hypothèses qui tendent à expliquer sa nature et sa pathogénie. Les notions que nous fournira cette étude nous rendront plus facile la détermination de la pathogénie de l'ostéopériostite grippale qui, pour ainsi dire, est actuellement inconnue.

Au cours de ces dernières épidémies on a essayé de déterminer la nature spécifique et contagieuse de la grippe. Les nombreuses recherches entreprises n'ont pas résolu ce problème de la spécificité morbigène, et à l'heure actuelle le microbe de l'infection grippale reste encore à découvrir.

Les expériences ont porté, après la mort, sur le sang, les viscères et les liquides de l'organisme ; pendant la vie, sur les crachats, le pus et les épanchements pleuraux.

Les résultats auxquels ont abouti les auteurs permettent d'incriminer différents agents pathogènes.

Babès et Kovalsky (1) ont trouvé dans les sécrétions muqueuses de gens atteints d'influenza une diplobactérie pâle et transparente, très difficile à colorer ; c'est un micro-organisme, pathogène pour le lapin, qui meurt avec de l'œdème au point

(1) Communication de la Société de Médecine de Vienne, 1890.

d'inoculation, avec du gonflement de la rate, des inflammations des séreuses et de la pneumonie (1).

Seiffert (2) et Jolles considèrent comme agent de l'infection grippale, un strepto-bacille trouvé dans les crachats des influenzés, et qui semble avoir de grandes analogies avec celui découvert par Teissier, quelques mois après l'épidémie, dans les eaux de la Moscowa.

D'autre part, Klebs (3) a décrit des monades spéciales avec flagella, dans le sang des grippés.

Ces petits corpuscules brillants rappellent par leur forme, leur taille et leur mobilité, les corpuscules que le même auteur a pu constater dans le sang d'individus atteints d'anémie pernicieuse ; toutefois, dans cette dernière affection, ils seraient beaucoup moins nombreux que dans le sang de l'influenza, qui ne présente pas, du reste, les microcytes de la malaria. MM. Chantemesse et Talamon ont contesté la découverte de Klebs : ces monades ressemblent singulièrement aux hémato-blastes et aux globulins, dont le nombre est très augmenté dans le sang des grippés, et, de plus, Klebs n'a fourni aucune preuve de la nature microbienne de ces éléments.

MM. Laveran et Teissier (4), dans leurs nouvelles analyses bactériologiques, ont découvert un diplo-bacille dans l'urine des malades atteints de la grippe, et Latzerich prétend qu'il se trouve aussi dans le sang.

Kirchner a signalé la présence dans les humeurs pathologiques grippales d'un micro-organisme particulier, auquel il attribue une grande importance dans la pathogénie de l'influenza.

(1) Société de Médecine de Vienne, 1890.

(2) Seiffert. — Société de méd. de Vienne, 1890.

(3) Klebs. — Centralblatt für Bactériologie, 21 janvier 1890.

(4) Médecine moderne, 1890.

Tout dernièrement M. Achalme (1) a trouvé dans le pus pleural et l'exsudat pulmonaire d'individus morts de la grippe, le microbe décrit par Kirchner ; comme ce dernier auteur, M. Achalme pense que ce bacille doit être considéré comme jouant un rôle de premier ordre dans la pathogénie de l'infection grippale.

Lors de l'épidémie de 1890, MM. Chantemesse et Widal (2), reprenant ces expériences, sont parvenus à isoler, non pas *un microbe particulier*, mais des *microbes différents*, qu'ils ont considérés comme des agents secondaires susceptibles de déterminer *non la grippe elle-même*, mais les *complications* de cette maladie.

Ce sont des microbes peu élevés, à l'état normal, dans l'échelle de la virulence ; ils sont répandus partout et se rencontrent habituellement sous nos téguments et sous nos muqueuses, en particulier dans les profondeurs des cryptes amygdaliennes, dans la salive et dans le mucus vaginal. Ces microbes sont :

Le pneumocoque lancéolé de Talamon ;

Le pneumocoque encapsulé de Friedlander ;

Le streptococcus pyogenes ;

Le staphylococcus albus et aureus.

Les recherches des bactériologues modernes sont venues confirmer ce premier résultat. Bouchard (3), Vaillard, Vincent (4), Burlureaux (5), Ribbert, Prior (6), Babès (7) ont re-

(1) Achalme. Bactériologie de la grippe, 1892.

(2) Chantemesse et Widal. Société médicale des hôpitaux, 1890.

(3) Bouchard. Communication à l'Acad. de méd., janvier 1890.

(4) Vaillard-Vincent. Société médicale des hôpitaux, janvier-février 1890.

(5) Burlureaux. Gaz. hebd. de méd. et de chir., janvier 1890.

(6) Ribbert-Prior. Deutsch med. woch., n° 5, 1890.

(7) Babès, les Bactéries, 1890.

trouvé le streptocoque dans le sang, la rate, le poumon sur le cadavre, dans le pus des empyèmes et dans les crachats sur le vivant; Ménétrier (1) et Leyden (2), par l'examen microscopique et les cultures des mucosités bronchiques et des pleurésies suppurées, ont constamment décelé la présence du pneumocoque de Talamon; Netter (3), Sée (4), Weischselbaum (5) enfin signalent combien il est fréquent de trouver du staphylocoque doré dans les produits pathologiques de l'infection grippale.

Bien loin d'éclaircir la question, ces découvertes devaient la rendre encore plus complexe, et, malgré les tentatives faites par quelques auteurs pour donner à certains bacilles une place prépondérante dans la pathogénie de l'influenza, il fut à peu près universellement admis que la grippe est simplement causée par la pullulation dans l'organisme des microbes les plus vulgaires, et qu'il ne doit pas exister, à proprement parler, de microbe spécifique de cette maladie.

Voici d'ailleurs le résumé des recherches et des travaux qui ont été faits jusqu'à ce jour sur la bactériologie de la grippe, résumé que nous empruntons à la thèse de M. Bérrier (6) :

Il divise ces travaux en deux grands groupes. Dans le premier, entrent les recherches bactériologiques qui n'ont révélé, par l'examen microscopique, que des formes microbiennes connues. Le second comprend les travaux ayant eu pour résultat la découverte de micro-organismes non encore décrits.

(1) Ménétrier. Loc. cit.

(2) Leyden. Société de méd. int. de Berlin.

(3) Netter. Société méd. des hôpitaux, 1890.

(4) Sée. Comm. à l'Acad. des sc., 1890.

(5) Weischselbaum. Société imp. et roy. de Vienne, 1890.

(6) Thèse de Lyon, 1892.

PREMIER GROUPE

Formes microbiennes connues

1° *Streptocoque*. — Le streptocoque pyogène ou de l'érysipèle est le micro-organisme qui a été le plus souvent rencontré. (Ribbert, Finkler, Burlureaux, Vaillard, Vincent, du Cazal, Lemoine et Barié, Klebs et Loeffler). — Chantemesse et Bouchard ne voient dans sa présence qu'une infection secondaire favorisée par le virus grippal.

2° *Diplococcus pneumoniae*. — Après le streptocoque, c'est le pneumocoque de Fränkel, de la pneumonie, qui a été rencontré le plus fréquemment (Ribbert, Weichselbaum, Duponchel, Lévy, Ménétrier).

3° *Pneumo-bacille de Pasteur-Talamon*. — Cet organisme a été souvent rencontré et confondu avec le précédent. Germain Sée et Bordas l'ont rencontré dans la pneumonie fibrineuse post-grippale. De même, Netter, Comby, Annam, Letulle.

4° *Staphylococcus pyogenes aureus et albus*. — Ces deux microbes ont été assez souvent rencontrés par de nombreux auteurs. Le plus souvent ils étaient associés à d'autres micro-organismes. Bouchard voit dans la présence de ces microbes une infection surajoutée, la grippe favorisant le développement et la pullulation d'un de ces organismes : chez l'un, le streptocoque ; chez un autre, le diplocoque ou un staphylocoque. Ce microbe surajouté à l'infection grippale ne saurait être considéré comme son élément spécifique.

Ces associations microbiennes ont été rencontrées par Bouchard, Netter, du Cazal, Laveran, Chantemesse et Widal.

Ce qu'il y a de particulier à noter, c'est que chacun des microbes que nous venons de citer peut jouer un rôle important dans la grippe, surtout en ce qui concerne les complications qui évoluent, suivant un mode déterminé, à chaque microbe. De tous ces microbes secondaires, le streptocoque est le plus important.

DEUXIÈME GROUPE.

Formes microbiennes non décrites.

1° *Formes cocciennés et leurs dérivés* (diplococcus-streptococcus particuliers). — Otto Seifert a trouvé des microbes isolés, mais aussi groupés en longues chaînes et quelquefois en diplocoques; Teissier (de Lyon), croit à l'identité de ces cocci avec les éléments qu'il a lui-même décrits.

Jolles, en 1889, trouva un diplocoque capsulé ressemblant encore davantage au diplo-bacille de Teissier. Le diplocoque de Koshourine, recueilli et décrit par son auteur avec les plus grands soins, dès 1892, présente, lui aussi, de très grandes ressemblances morphologiques avec le diplo-bacille de Teissier.

2° *Formes bacillaires.* — Babès a décrit un bacille particulier; de même Fischele, Krannhals, Wieger, Pfeiffer, Kitasato et Canon. L'Ecole lyonnaise retrouve dans ces formes décrites par les auteurs le même aspect que présente le micro-organisme de Roux et Teissier,

3° *Formes spéciales.* — Quant aux micro-organismes dont l'aspect revêt une forme spéciale, tels que les flagellés de Klebs, ils n'ont pas été retrouvés par Laveran, qui a recherché ce nouveau genre d'hématozoaires, ni par Chantemesse et Widal, en France; ni par Kirchner et Kolmann, en Allemagne.

Au point de vue de la pathogénie, la plupart des auteurs sont d'accord pour considérer la grippe comme ouvrant la porte d'entrée aux microbes les plus différents qui, trouvant dans un organisme affaibli par l'influenza un terrain de culture pour leur développement, se multiplient et se reproduisent, travaillant chacun pour leur compte, réalisant ici l'infection générale, créant ailleurs les infections localisées.

Le rôle des agents d'infection secondaire a été bien mis en évidence par M. Bouchard : « Les affections secondaires de la grippe n'ont rien de spécial ni de spécifique. A ne considérer que les pneumonies, c'est par abus que l'on dit d'elles qu'elles sont de nature grippale. Elles sont d'espèces diverses, en rapport avec la diversité des agents pathogènes qui les provoquent ; elles ne sont par exemple, que des pneumonies vulgaires, comme la plupart des autres pneumonies, parce que leurs agents pathogènes, dans la grippe comme en dehors de la grippe, ne sont que des microbes familiers, des commensaux habituels de notre organisme. La grippe, comme tant d'autres circonstances étiologiques, ouvre la porte à ces microbes ; alors la pneumonie par auto-infection naît d'une cause vulgaire. Mais, dans des circonstances encore mal déterminées, ces microbes, en provoquant la pneumonie, peuvent acquérir une virulence qui ne leur appartenait pas, ou exalter une virulence qui était restée obscure jusque-là. Développée ou non au cours de la grippe, la pneumonie devient alors contagieuse, et la virulence que son microbe a acquise peut se renforcer par son passage d'individu à individu (1) ».

MM. Bouchard (2) et Laveran (3) considèrent comme cause de cette virulence spéciale, de cette exaltation des propriétés

(1) Académie de Médecine. — Séance du 28 janvier 1890.

(2) Loc. cit.

(3) —

nocives des micro-organismes divers, l'influence des conditions atmosphériques qui précèdent l'apparition de la grippe.

MM. Achalme (1), Vaillard (2), Vincent (3), Jaccoud (4), Vidal (5), ne voient dans cette virulence que le résultat de la symbiose microbienne ; ils pensent que l'exaltation pathogène des divers microbes est due à l'action qu'exercent ces microbes sur les produits toxiques que sécrète le bacille spécifique de l'infection grippale.

La grippe, de même que la rougeole, la diphtérie, la fièvre typhoïde, la scarlatine, exalterait à un très haut degré la virulence du streptocoque et du staphylocoque et donnerait alors lieu à ces accidents complexes que l'on observe si souvent au cours ou au déclin de ces affections morbides.

La symbiose microbienne peut donc être suffisante pour transformer ces microbes jusque-là inoffensifs en variétés de virulence différente :

« Une modification dans la virulence du microbe pathogène, dit le docteur Vidal, telle est la cause qui détermine, pour une grande part, la variété des formes d'une même maladie. La virulence n'est que la fonction du microbe, c'est son aptitude à se développer dans un être vivant. Cette aptitude n'est pas une qualité permanente : le micro-organisme peut la perdre ou l'acquérir. De même que le micrococcus prodigiosus ou le micrococcus pyocianus peuvent être privés de leurs fonctions chromogènes, de même le streptocoque et le staphylocoque peuvent être dépouillés de leurs fonctions pathogènes de virulence... »

(1) Loc. cit.

(2) —

(3) —

(4) —

(5) —

» Des virulences nouvelles peuvent se créer à notre insu dans la nature, et l'on conçoit que les microbes, végétant en dehors de l'organisme, puissent acquérir des propriétés pathogènes variables ; de même, à l'intérieur du corps humain, ils peuvent transformer leur virulence et donner naissance à ces types modifiés que l'on observe parfois au déclin des épidémies.

Mais il faut tenir compte également de la résistance que peuvent présenter les organismes affectés, et ne pas oublier que ces variétés de virulence produiront des effets différents suivant la nature du terrain sur lequel ils évoluent. En d'autres termes, ici, comme dans bien des cas, on doit considérer les deux éléments qui se trouvent en présence : le *microbe* et le *terrain*. Or, un des principaux caractères de l'influenza est précisément de favoriser avec une grande puissance la pénétration et la culture dans l'organisme des microbes, qui sans elle auraient été rapidement détruits. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que les agents pyogènes qu'on trouve chez nous à l'état normal (streptocoque, staphylocoque) profitent de cette infériorité dans laquelle nous met une attaque de grippe, pour peupler tout notre organisme et multiplier les localisations suppuratives que présente cette maladie.

De cette longue étude il résulte qu'on ne saurait, pour le moment, attribuer, avec certains auteurs, à des microbes vulgaires, tels que le staphylocoque ou le streptocoque, un rôle prépondérant dans l'étiologie de la grippe ; et nous pensons avec Redureau (1), qu'on ne doit voir en eux que des agents secondaires ayant évolué parallèlement au microbe essentiel, spécifique, qui nous est encore inconnu.

(1) Redureau. — Complications de la grippe. Th. Paris, 1891.

CHAPITRE QUATRIÈME

ESQUISSE GÉNÉRALE CLINIQUE DE L'OSTÉO PÉRIOSTITE
GRIPPALÉ

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — SYMPTOMATOLOGIE. — MARCHÉ
TERMINAISON

PRONOSTIC. — DIAGNOSTIC. — TRAITEMENT

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Fréquence. — Comme nous l'avons déjà fait remarquer dans le chapitre de l'Histoire, l'ostéopériostite grippale constitue une rareté. La mesure de cette rareté peut nous être donnée par le nombre de cas connus jusqu'à ce jour. Or, depuis Richet, qui, il y a quinze ans, a publié la première observation, nous n'en avons pu trouver, dans la littérature médicale française et étrangère, que trois, au plus, bien concluants.

Sexe, âge et siège. — Du sexe, de l'âge et du siège, nous ne pouvons rien déduire, en raison même du petit nombre de cas qu'on a eu l'occasion d'observer.

Profession. — Quant aux professions, nous ne croyons pas qu'elles puissent exercer une influence prépondérante : tout au plus, celles qui nécessitent un travail fatigant, ou celles qui s'exercent dans des conditions hygiéniques défectueuses doivent-elles être incriminées plutôt comme débilitant l'organisme que comme cause directe.

Le *traumatisme* ne paraît pas avoir joué aucun rôle dans l'étiologie des cas personnels que nous venons de publier. Chez les malades qui font l'objet des observations antérieures aux nôtres, le traumatisme n'a pas non plus été incriminé. Si d'ailleurs le choc peut être invoqué dans le cas de périostites siégeant au niveau des parties superficielles, il est plus difficile de le mettre en cause quand il s'agit de parties recouvertes par d'épaisses masses musculaires, comme le tiers inférieur et le tiers supérieur du fémur (observations de Richet et de Jarre).

L'*époque d'apparition* de ces ostéo-périostites peut se montrer soit au cours, soit au décours de la grippe. Chez deux de nos malades, c'est pendant la convalescence qu'a débuté la lésion osseuse, comme d'ailleurs chez l'individu qui fait l'objet de l'observation de Jarre. Dans notre observation III, comme dans celle de Richet, l'ostéopériostite s'est montrée en pleine période du mal.

Ce qu'il est important de bien préciser, c'est l'*influence de la grippe* sur l'apparition de ces ostéopériostites.

Les premiers auteurs qui ont étudié les affections osseuses grippales n'ont pas expliqué leur formation. On sait que la plupart des agents infectieux ou parasitaires se localisent dans les os comme dans les différents tissus. Leur voie de pénétration dans la substance osseuse peut être directe ou indirecte : directe dans le cas de plaie osseuse exposée, indirecte quand elle se fait par l'intermédiaire du sang, ce grand vecteur de tous les microbes. C'est par érosion de la peau ou des muqueuses de l'organisme que les agents infectieux pathogènes peuvent pénétrer dans le sang.

Dans le cas spécial qui nous occupe, c'est par érosion de la muqueuse de la trachée et des bronches que l'infection générale paraît devoir s'être faite. Normalement l'épithélium et les sécrétions bronchiques opposent une résistance suffisante aux germes nocifs qui sont contenus dans l'air ; mais si cette barrière cède en un point l'infection devient possible. Quelquefois, c'est sans causes appréciables en apparence, spontanément, que se déclare l'infection, qui s'explique alors par la réceptivité plus grande de l'organisme que crée la débilité momentanée du sujet. Mais le plus souvent ces localisations dans les os des agents infectieux pathogènes trouvent leur explication dans d'autres motifs d'ordre anatomique et physiologique et en tête desquels il faut placer la stase sanguine due au ralentissement de la circulation dans

les capillaires ou encore à la rupture de l'un de ces petits vaisseaux.

Les capillaires des os sont relativement volumineux : aussi les localisations microbiennes sont-elles rares dans le squelette. Seuls les os spongieux, vasculaires comme l'apophyse mastoïde, la clavicule, l'extrémité supérieure du fémur, les côtes, l'omoplate, présentent cette circulation stagnante qui favorise la formation de ces embolies microbiennes, origine de l'infection. Or dans les observations que nous avons rapportées, comme dans celles antérieurement parues, ce sont précisément ces diverses portions du squelette qui ont été le siège de l'affection.

On peut dès lors supposer que, grâce aux diverses influences que nous venons d'énumérer, le poison grippal, dont la nature nous est encore inconnue, peut se localiser dans les os comme il envahit les autres tissus et y produire les mêmes lésions inflammatoires et de suppuration.

Mais ce n'est là qu'une simple hypothèse, et le problème reste encore à résoudre jusqu'au jour où le microscope permettra de se prononcer.

Est-ce vraiment à ce microbe inconnu ou encore aux toxines qu'il sécrète, que doivent être attribuées les manifestations osseuses de cette maladie ? Ne seraient-elles pas plutôt dues à une infection mixte et secondaire ?

Peut-être même le point de départ de ces suppurations n'est-il que dans une simple dépression du système nerveux ayant entravé la phagocytose et placé l'organisme dans un état d'infériorité notoire vis-à-vis des agents pyogènes.

On sait que l'asthénie nerveuse peut même amener une modification de la circulation périphérique, d'où thromboses, embolies, artérite et phlébite qui engendrent la périostite si elles siègent sur les vaisseaux du périoste.

Or, cette dépression du système nerveux que la grippe entraîne après elle constitue un de ses caractères des plus cons-

tants et des plus nets. Quoi d'étonnant, ceci posé, que ces conditions de moindre résistance permettent aux convalescents de la grippe de réaliser une infection plus rapide ? Staphylocoques et streptocoques ont alors beau jeu sur un organisme ainsi affaibli. L'occasion qu'ils attendaient d'exercer dans nos tissus les ravages nécessaires à leur biologie leur est désormais offerte, et ils pénètrent dans nos organes, créant partout ces associations microbiennes qui produisent l'inflammation et amènent la suppuration.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique de l'ostéopériostite grippale n'est, pour ainsi dire, pas connue. C'est tout au plus si Richet, relatant l'autopsie de sa malade, mentionne les caractères macroscopiques de la lésion osseuse qu'elle présentait.

« Je constatais, dit-il, une dénudation du fémur au niveau de l'abcès ; le périoste était épaissi et décollé dans le tiers inférieur de l'os. »

Les circonstances ne nous ont pas permis de faire l'étude expérimentale de la lésion qui nous occupe. Nous avons dû nous contenter de relever les caractères macroscopiques et microscopiques des diverses pièces que nous avons pu réunir.

Le périoste était rouge, épaissi, couvert de nombreuses villosités, ulcéré par places, en partie décollé et se détachant avec facilité de l'os, les canalicules de Havers augmentés de volume et très nettement perçus sous l'aspect de petites sinuosités rougeâtres. De nombreuses cellules rondes infiltraient l'épaisseur du périoste enflammé.

Telles sont les constatations que nous avons pu faire au microscope. Elles ne sont pas d'une très grande utilité dans la discussion générale, et ne peuvent nous révéler le processus suivant lequel se produit la collection purulente.

Les caractères macroscopiques, microscopiques et bactériologiques du pus ont été notés dans chacune des observations que nous avons présentées. Le pus a toujours été abondant, bien lié et homogène. Il présentait la couleur normale du pus phlegmoneux avec quelques légères stries de sang et quelques veinosités brunâtres.

SYMPTOMATOLOGIE

Avec l'ostéopériostite grippale aiguë nous sommes en présence d'un processus inflammatoire qui aboutit, dans la grande majorité des cas, à la formation d'une collection purulente ; de plus, les observations que nous avons relatées montrent que le plus souvent cette affection siège au niveau des parties superficielles de l'os. Il semblerait donc que nous devrions trouver ici, comme symptômes ordinaires de début, les symptômes de l'inflammation en général : tuméfaction, douleur, rougeur et chaleur. Il n'en est rien cependant, et l'ostéopériostite grippale présente tous les caractères d'évolution de l'abcès froid. C'est à peine si dans le cas de Jarre, le malade avait éprouvé une douleur vague et diffuse et dont le siège ne pouvait être précisé. Dans tous les autres cas que nous avons pu recueillir, la douleur a absolument fait défaut, et c'est insidieusement, sourdement, sans grand fracas, que se sont collectées ces quantités de pus parfois considérables.

La petite tumeur que forme le pus ne tarde pas à s'allonger dans le sens longitudinal de l'os, tout en lui demeurant adhérente et présentant les caractères d'une parfaite immobilité. Peu à peu cette tumeur grossit et la fluctuation se montre. Si l'intervention chirurgicale ne vient pas alors enrayer ou supprimer le développement du foyer purulent, la peau s'amincit, rougit, puis s'ulcère, devenant l'orifice externe d'une fistule par laquelle s'écoule le pus. (Obs. III).

Ces abcès peuvent se développer ainsi et atteindre parfois un volume considérable sans que rien nous en avertisse, à part la tuméfaction, qui parfois demeure, elle aussi, un

certain temps inaperçue (obs. I^{re}). Né au niveau du thorax un de ces abcès a pu, dans un cas (obs. I^{re}), envahir le médiastin antérieur, éroder une bronche et se déverser enfin dans l'arbre respiratoire.

Les symptômes généraux n'ont nullement été augmentés par la formation purulente. La grippe, dans tous nos cas, a suivi son allure normale ; elle paraît même avoir subi, après la formation des abcès, comme une détente dans son intensité, un véritable apaisement de ses symptômes.

La fièvre n'a pas présenté ces exacerbations et cette intensité qui sont le propre de la formation des grandes collections purulentes. Les frissons violents ou même légers ont toujours fait complètement défaut et la courbe thermométrique s'est partout montrée presque normale.

L'observation I^{re}, qui relate le cas d'un abcès costal ouvert dans l'arbre respiratoire, offre quelques particularités intéressantes à étudier tant au point de vue du siège de la lésion que des symptômes divers auxquels il a donné lieu.

On sait que l'ostéomyélite naît au niveau des points diaphysaires des os, contigus à leurs cartilages conjugués. Les côtes ne font pas exception à cette loi, et c'est au voisinage de leurs points d'accroissement que siègent ces lésions. Un de ces points d'accroissement de la côte siège au niveau de son extrémité antérieure : on comprend donc qu'il puisse se développer là un foyer d'ostéomyélite costale. Le plus souvent l'abcès fait saillie à l'extérieur, au dessus de la côte atteinte : il est sus-costal. Mais il peut arriver aussi que, bridé en avant par la masse des pectoraux, il gagne la cavité thoracique et se développe entre la plèvre et la paroi. Quelquefois enfin le pus se collecte à l'intérieur et à l'extérieur à la fois : c'est ce qui s'est produit chez l'individu qui fait l'objet de notre observation première.

L'évolution de l'abcès vers la cavité thoracique donne

lieu à des signes stéthoscopiques qu'il est important de connaître et que nous devons bien fixer. A la percussion il existe une zone mate très nette, plus ou moins étendue. A l'auscultation on entend au début de l'égophonie et du souffle (dus sans doute à la tension et à la résistance des parties molles qui ferment l'espace intercostal). Plus tard, et si l'abcès se vide à l'extérieur, ces phénomènes disparaissent. Mais si le pus se fait jour à l'extérieur et s'évacue dans une bronche, les signes stéthoscopiques du début font place à d'autres phénomènes qui, dans leur ensemble, simulent à s'y méprendre tous les symptômes d'auscultation de la caverne tuberculeuse : gargouillement, souffle caverneux, toux et voix caverneuses. A la percussion, matité absolue. Les signes stéthoscopiques s'amendent au fur et à mesure que se vide l'abcès ; ils peuvent même disparaître si la communication établie entre la poche pyohémique et la bronche vient à s'obstruer momentanément ou à s'obturer tout à fait. Nous verrons, au chapitre du Diagnostic, toute l'importance que l'on doit accorder à l'ensemble de ces signes cliniques.

MARCHE. — TERMINAISON

Ce que nous ayons dit au chapitre de la Symptomatologie, nous permet de ne pas insister sur l'étude de l'évolution de l'ostéopériostite grippale. Cependant nous ferons remarquer que sa marche est différente suivant les cas ; c'est ainsi que dans l'observation de Richet et dans une des nôtres (Obs. III), elle a évolué en quelques jours seulement. Chez les autres individus dont nous avons relaté l'histoire, elle a évolué avec lenteur, puisqu'elle a duré de 12 à 27 jours.

Dans tous les cas, la terminaison s'est faite par la guérison. Nous ne parlons pas de la malade de Richet, qui succomba à la broncho-pneumonie concomitante qu'elle avait.

Cette guérison a été presque toujours très prompte, et si, dans un cas (Obs. III), elle paraît s'être fait attendre, c'est à l'insuffisance de l'intervention plutôt qu'à la gravité de la lésion qu'il faut attribuer ce retard.

PRONOSTIC

Le pronostic est bénin, puisque, dans tous les cas, la guérison a été rapide et complète.

La suppuration se tarit aisément, et la cicatrisation de la plaie se fait vite, à la condition, toutefois, que le chirurgien intervienne hardiment et avec tous les soins que commande la plus rigoureuse antisepsie.

Dans nos premières observations personnelles, où l'intervention a été du premier coup des plus généreuses, la guérison a suivi presque immédiatement l'opération. Le malade de Berger guérit, lui aussi, en une semaine, et celui de Witzel en dix jours.

L'intervention chirurgicale énergique et rapide modifie donc avantageusement la marche du processus, et doit entrer en ligne de compte dans le pronostic de la maladie.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'ostéopériostite grippale est aisé lorsque l'affection s'est développée sur un os superficiel et quand le malade accuse en outre dans ses antécédents une attaque récente de grippe ou se trouve sous l'influence de cette maladie. On peut alors rattacher la lésion à sa véritable cause et il ne reste plus qu'à différencier la poche purulente formée des autres tumeurs à caractères analogues.

Au début, quand la tumeur est encore rémittente, la rapidité avec laquelle elle a évolué doit faire écarter immédiatement l'idée de chondrome et d'ostéo-sarcome.

L'adhérence qu'elle présente avec l'os permet d'éloigner aussi l'hypothèse de phlegmon superficiel. D'ailleurs le développement de ce dernier s'accompagne toujours des caractères de l'inflammation, caractères qui font défaut dans l'abcès de l'ostéopériostite grippale. Pour les mêmes raisons on éloignera également l'idée de phlegmon profond et celle d'abcès musculaire. Dans ce dernier cas, l'attitude prise par le malade pour rapprocher le plus possible les deux extrémités du muscle enflammé est encore un bon signe de diagnostic.

L'absence complète ou presque complète de douleur ne permettra pas, si la lésion siège sur le membre inférieur, de penser soit à la névralgie sciatique, soit encore à la phlébite.

L'ostéopériostite grippale sera différenciée de l'ostéomyélite chronique d'emblée par la considération de l'âge et par les douleurs plus ou moins intenses qui existent dans ce dernier cas.

L'interrogatoire du malade permettra d'écarter l'ostéomyélite traumatique, et l'étude des antécédents, jointe à l'examen

des crachats et à l'auscultation de l'appareil pulmonaire, l'idée d'abcès froid bacillaire.

Quant à l'autre variété d'abcès froid, son évolution, très lente, suffit à elle seule pour le faire éliminer.

D'ailleurs, la collection purulente ouverte, l'examen bactériologique permet de trancher la question si le microscope ne révèle, dans le pus recueilli, aucune trace de bacilles de Koch et si les cultures ne donnent que des colonies plus ou moins nombreuses de staphylocoques blancs et dorés.

Telles sont les diverses affections avec lesquelles on peut confondre l'ostéopériostite grippale, lorsqu'elle se montre sous la forme d'une tumeur fluctuante faisant saillie au dehors.

Dans le cas où la poche pyohémique se serait ouverte dans une bronche, le diagnostic serait à faire avec la caverne tuberculeuse, l'abcès pulmonaire ou la pleurésie enkystée. Dans la première hypothèse, le simple examen des crachats et dans les deux autres, l'étude des anamnestiques, permettraient de lever tous les doutes.

Lorsque l'ostéopériostite grippale se développe au cours de l'attaque de grippe et au moment même où l'organisme est sous l'influence de l'infection, elle peut être confondue avec la périostite de croissance, et les ostéomyélites aiguës juxta-épiphyssaires. Mais, outre que ces dernières affections sont l'apanage de la jeunesse, elles s'accompagnent d'un ensemble de symptômes généraux graves et de douleurs profondes, nettement localisées, qu'on ne rencontre pas dans la grippe. L'ostéopériostite grippale évolue sourdement, insidieusement et sans douleur.

Il nous reste enfin à différencier l'ostéo-périostite grippale, évoluant en pleine attaque de grippe, de la pyohémie septique et de la pyohémie grippale.

L'examen de la courbe thermométrique, comme l'étude des antécédents et l'absence de toute plaie et de tout traumatisme

antérieurs, permettront d'éloigner l'hypothèse de la pyohémie ordinaire. Quant à l'idée de pyohémie grippale, elle pourra être facilement écartée : son diagnostic est, en effet, des plus aisés et s'impose pour ainsi dire lorsque, au cours d'une attaque ou d'une rechute de grippe, des douleurs accompagnées de tous les symptômes de la formation des abcès, apparaissent simultanément et successivement en différentes parties du corps.

TRAITEMENT

En terminant sa communication à l'Académie de médecine (séance du 19 août 1890), Verneuil disait à propos du traitement des complications suppuratives de la grippe : « Nous pouvons, au point de vue chirurgical, et nous devons attaquer sans hésitation les collections purulentes partout où elles sont accessibles, fût-ce même dans les cavités séreuses, plèvres, péritoine, péricarde. Plusieurs fois déjà on s'est bien trouvé d'avoir ouvert ces abcès, comme l'attestent les observations de M. Jarre et de William Bennett. J'ai noté moi-même chez mon charretier que l'ouverture et le drainage de l'abcès sous-pectoral l'avaient quasiment cicatrisé en quelques jours. Il n'est pas jusqu'à l'amputation de la cuisse qui n'ait été utile à l'un des malades de Bennett. En résumé, l'intervention chirurgicale a plus de chances de réussir dans la pyohémie grippale que dans la pyohémie clinique. »

La conduite à tenir en présence d'une complication suppurative grippale est donc nettement indiquée : il faut hardiment porter le bistouri dans les foyers purulents.

Dans les suppurations osseuses, la conduite est la même, et nos trois observations montrent de la façon la plus péremptoire, quel bon effet on retire de l'intervention prompte et généreuse. L'observation de Jarre est, sur ce point, également très concluante. Berger intervint hardiment et avec tous les soins antiseptiques désirables : la guérison fut obtenue. Des cas de Witzel nous ne pouvons conclure que d'après ce que nous dit Gangol-

phe (1) : or en un cas où eut lieu l'intervention opératoire, on nota une guérison.

On est donc revenu aujourd'hui du pessimisme dangereux de quelques auteurs, Redureau entre autres, qui pensaient qu'on devait prudemment réserver tout traumatisme chirurgical chez un grippé. L'intervention hâtive dans les ostéopériostites grippales n'entraîne aucune conséquence, si l'on a eu le soin toutefois d'opérer selon les règles de la plus rigoureuse antiseptie.

Toutes les précautions étant prises, on ouvre au bistouri le foyer purulent. L'incision doit être large, l'écoulement du pus rapide et facile.

On pratique ensuite un lavage soigné de la poche pyohémique (lavage à la liqueur de Van-Swiéten et à la solution phéniquée forte).

Puis on promène la curette sur les os, sur le périoste et sur les tissus indurés. Si la curette est insuffisante, on aura recours à la gouge ou même au maillet, pour atteindre plus sûrement les parties érodées par le pus. Il ne faut pas craindre d'aller trop loin et ne s'arrêter qu'en tissu sain.

La poche est alors de nouveau lavée, puis bourrée de gaze à l'iodoforme et la plaie recouverte ensuite d'un vaste pansement antiseptique et compressif.

Si l'incision était trop longue, on pourrait la diminuer par quelques points de suture en ayant soin toutefois de drainer méthodiquement la plaie.

La réunion immédiate est cependant préférable encore. On pourra l'obtenir, si le foyer purulent a été largement et généreusement nettoyé et râclé, et si les lavages antiseptiques ont été soigneusement faits. Dans ce cas, après suture de la peau

(1) Gangolphe, loc. cit.

et application d'un pansement compressif, les malades guérissent sous un premier pansement et après une seule intervention.

Ouverture de la collection purulente, râclage de la poche pyohémique, enlèvement des parties osseuses attaquées, antiseptie rigoureuse: telles sont donc les grandes lignes du traitement de l'ostéopériostite grippale.

CONCLUSIONS

1° La grippe est une maladie infectieuse et contagieuse dont l'agent pathogène n'est pas encore déterminé ;

2° Cette maladie, en dehors de son action nocive sur l'organisme, sert de porte d'entrée aux microbes de la suppuration qui, par leur symbiose avec le micro-organisme encore inconnu de l'influenza, acquièrent une virulence variable suivant la nature du terrain et l'état de réceptivité individuelle.

3° Cette virulence se manifeste par des phénomènes soit locaux, soit généraux. Les manifestations générales créent la septicémie et la pyohémie ; les manifestations locales peuvent intéresser tous les organes et tous les tissus de l'économie.

4° L'infection grippale peut se localiser dans le périoste et les os, et constituer une forme d'ostéopériostite.

5° Les microbes de ces ostéopériostites grippales sont le staphylocoque blanc et le staphylocoque doré. Ils paraissent agir à la fois par l'exaltation de leur virulence et par la diminution de résistance de l'organisme.

6° La pathogénie de l'ostéopériostite grippale n'est pas encore connue.

7° Les ostéopériostites grippales ont une symptomatologie particulière, leur début est insidieux et sourd, sans réactions générales ni locales, sans douleur. Cette symptomatologie se rapproche de celle de l'abcès froid.

8° Le diagnostic ne pourra être fait qu'à l'aide du microscope, qui permettra d'écarter l'idée d'ostéopériostite tuberculeuse.

9° Le pronostic est bénin si l'intervention chirurgicale est admise.

10° L'intervention chirurgicale, précoce, large, antiseptique, est parfaitement justifiée dans les ostéopériostites grip-pales. Ici, comme pour toutes les complications chirurgicales consécutives à la grippe — ou dues à la grippe — les moyens opératoires appropriés et aidés par le râclage et la résection antiseptiques, seront, en dépit de la nature infectieuse de cette maladie, le procédé de choix.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ACHALME. — Bactériologie de la grippe. (Th. Paris 1890).
- ALBESPY. — Complications auriculaires de la grippe (Th. Paris 1890).
- BABÉS. — Les Bactéries. 1890.
- BENNETT. — Courtes notes sur quelques cas de pyohémie consécutifs à la grippe. (Lancet anglaise, 1890).
- BERTOMIER. — De l'ostéomyélite costale (Congrès français de chirurgie, 1891).
- BERTOYE. — De l'ostéomyélite (Lyon médical, 1891).
- BONNEMAISON. — Complications de la grippe (Union médicale, 1875).
- BOUCHARD. — De la grippe (Académie de médecine, janvier 1890).
- BRAQUEHAYE. — De l'ostéomyélite costale (Presse médicale, 1894).
- BOCKELIUS. — Synopsis novi morbi quem plerique catarrhum febrilem vel febrem catarrhosam vocant, 1580
- BURLUREAUX. — Réflexions sur l'épidémie grippale (Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, 1890).
- CHANTEMESSE. — Société médicale des Hôpitaux, 1890.
- CORNIL. — Les Bactéries, 1890.
- DUPIN. — Complications de la grippe (Th. Bordeaux, 1890).
- FEISSINGER. — Revue générale de clinique, 1891.
- FINKLER. — Bactériologie de la grippe (Deutsch. med. Woch. 1890).
- GANGOLPHE. — Maladies infectieuses et parasitaires des os, 1894.
- GRUBER. — De l'influenza (Société de médecine de Vienne, 1890).
- HASLÉ. — Sur l'ostéomyélite (Th. Paris, 1892).
- JABOULAY. — Ostéomyélite costale (Th. Lyon, 1885).
- JACCOUD. — Clinique médicale, 1890.
- JARRE. — Complications suppuratives de la grippe (Th. Paris. 1890).

- KLEBS. — Centralblatt für Bacteriologie, 1890.
- KOVALSKY. — Communication à la Société de médecine de Vienne, 1890.
- LANCEREAUX. — Pneumonie et grippe (Arch. général. de médecine, 1886).
- LANDOLT. — Sur la grippe (Comm. à la Société de médecine de Vienne, 1890).
- LANNELONGUE. — De l'ostéomyélite aiguë pendant la croissance, 1879.
- LAVERAN. — Bactériologie de la grippe (Soc. méd. des Hôpitaux, 1890).
- LE CLERC. — Sur la grippe (Comm. au Congrès français de chirurgie, 1893).
- LEHMAN. — Manifestations septicémiques et pyohémiques de la grippe (Th. Paris, 1890).
- LEYDEN. — Sur la grippe (Soc. de méd. interne de Berlin, 1890).
- LUGAN. — Contribution à l'étude de la grippe (Th. Paris, 1890).
- MARFAN. — Ostéomyélite costale (Rev. générale de cliniq. et thérapeut. 1894).
- MÉNÉTRIÉR. — Grippe et pneumonie (Th. Paris, 1886).
- MÉNIÈRE. — Sur la grippe (Revue de Laryngologie, 1891).
- MOSNY. — Grippe et pneumonie. (Gaz. des Hôpitaux, 1890).
- MOURE. — Sur la grippe. (Revue de Laryngologie, 1891).
- NETTER. — Bactériologie de la grippe. (Soc. méd. des hôpitaux, 1890).
- NOTHNAGEL. — Société de Méd. de Vienne, 1890.
- OZANAM. — Histoire des maladies épidémiques, 1836.
- PRIOR. — Sur la grippe. (Deutsch. med. Woch. 1890).
- POLITZER. — Complications de la grippe (Société de médecine de Vienne, 1890).
- REDUREAU. — Complications de la grippe (Th. Paris, 1890).
- RIBBERT. — Recherches bactériologiques sur l'influenza. (Deutsch. med. Woch. 1890).
- RICHE. — Sur un cas d'ostéo-périostite développée au cours de la grippe, 1879.
- ROLLAND. — Grippe et parotidite (Congrès pour l'avancement des sciences, Besançon, 1893).
- SEIFFERT. — Bactériologie de la grippe (Comm. à la Société de méd. de Vienne, 1890).
- SOULIGOUX. — Pathogénie des abcès froids du thorax (Th. Paris, 1894).
- TEISSIER. — Médecine moderne, 1890.
- TROISIER. — Grippe et phlébite (Soc. méd. des hôpitaux, 1892).

- VAILLARD. — Bactériologie de la grippe (Société méd. des hôpitaux, 1890).
- VERNEUIL. — La grippe au point de vue chirurgical (Académie de médecine, 1890).
- VIGNALOU. — De la pleurésie grippale (Th. Paris. 1890).
- VIDAL. — Infection grippale (Th. Paris, 1889).
- VINCENT. — Bactériologie de la grippe (Soc. méd. des hôpitaux, 1890).
- WEICHSELBAUM. — Recherches bactériologiques sur la grippe (Wiener med. Woch. 1890).
- WIDAL. — Bactériologie de la grippe (Soc. méd. des hôpitaux).
- WITZEL. — Die Gelenk und Knochenentzünd bei acut. inf. Erkrank. Bonn, 1890.
-

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	vii
INTRODUCTION.	xi
DÉFINITION.	15

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATIONS PERSONNELLES INÉDITES	17
--	----

CHAPITRE DEUXIÈME

HISTORIQUE DES LOCALISATIONS SUPPURATIVES DE LA GRIPPE . . .	35
OBSERVATIONS DU PROFESSEUR RICHEL, DU D ^r JARRE ET DE WITZEL .	38

CHAPITRE TROISIÈME

BACTÉRIOLOGIE ET PATHOGÉNIE GÉNÉRALES DE LA GRIPPE	45
--	----

CHAPITRE QUATRIÈME

ESQUISSE CLINIQUE DE L'OSTÉO-PÉRIOSTITE GRIPPALÉ.	57
Etiologie et pathogénie	59
Anatomie pathologique	63
Symptomatologie	64
Marche. — Terminaison	67
Pronostic	68
Diagnostic	69
Traitement	72
CONCLUSIONS	75
BIBLIOGRAPHIE	77

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que ie sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
